

RELATO DE CASO

HÉRNIA DE AMYAND COM INSINUAÇÃO VESICAL: RELATO DE CASO

AMYAND HERNIA WITH BLADDER INSINUATION: CASE REPORT

Bruno Barreto Figueiredo Soares¹, Thállisso Martins da Silva Rodrigues², Fabiola Nassar Sousa Frazão², Gizele de Oliveira Santos Silva³, Vinicius Pereira Aguiar¹, Benito Junior Santos da Costa¹, Artur Serra Neto⁴.



Citação: Soares BBF et al. (2019), HÉRNIA DE AMYAND COM INSINUAÇÃO VESICAL: RELATO DE CASO, 6(3): 34-36.

Instituição:

¹ Médico Residente em Cirurgia Geral do Hospital Universitário Presidente Dutra, São Luís, Maranhão, Brasil.

² Discente do curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão, São Luís, Maranhão, Brasil.

³ Discente do curso de Medicina da Universidade Federal do Maranhão, Pinheiro, Maranhão, Brasil.

⁴ Professor Mestre em Cirurgia Geral da Universidade Federal do Maranhão, Chefe do Serviço de Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário Presidente Dutra, São Luís, Maranhão, Brasil.

Autor correspondente:

Bruno Barreto Figueiredo Soares
dr.bruno_barreto@hotmail.com.

Editor: Guedes V. R. Medicina, Universidade Federal do Tocantins, Brasil.

Publicado: 23 de dezembro de 2019.

Direitos Autorais: © 2019 Soares et al. Este é um artigo de acesso aberto que permite o uso, a distribuição e a reprodução sem restrições em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Conflito de interesses: os autores declararam que não existem conflitos de interesses.

RESUMO

Introdução: Uma hérnia inguinal pode conter em seu saco herniário diversas estruturas, como a bexiga, ovário, tuba uterina, cólon ou ainda o apêndice, condição conhecida como hérnia de Amyand. A existência do apêndice na hérnia é um achado incomum (1%). A bexiga é um dos órgãos que também, de modo infrequente, pode sofrer protrusão pelo canal inguinal. **Relato do Caso:** Homem de 82 anos, com queixa principal de “dor na virilha há um ano”, relata episódios de dor e abaulamento em região inguinal direita há um ano, com piora durante episódios de tosse ou esforços físicos. Ao exame físico, o abdome apresentava-se plano, com ruídos hidroaéreos presentes, flácido, depressível, indolor à palpação superficial e profunda, sem visceromegalias, presença de abaulamento em região inguinal direita, redutível, compatível com hérnia inguinal indireta à direita. Exames laboratoriais se encontravam dentro dos limites da normalidade. No ato operatório, o paciente foi submetido à inguinotomia, sendo identificado o saco herniário que continha apêndice cecal e a parede da bexiga. Foi realizada apendicectomia e correção da hérnia a partir de fixação de tela de polipropileno pela técnica de Lichtenstein. Evoluiu em internação até o segundo dia de pós-operatório sem queixas, recebendo alta hospitalar. **Considerações Finais:** Ambos os conteúdos herniários encontrados são raros. São mais frequentes em homens, na fossa ilíaca direita e costumam ser diagnosticados no ato operatório. A hérnia de Amyand apresenta a associação da hernioplastia e apendicectomia, procedimentos rotineiros e importantes da cirurgia geral, e sempre será um tópico importante de discussão entre cirurgiões.

PALAVRAS-CHAVE: Hérnia inguinal; Amyand; Apendicectomia; Herniorrafia.

ABSTRACT

Introduction: An inguinal hernia can contain the bladder, ovary, uterine tube, colon with diverticulitis, or the appendix, known as the Amyand hernia. The existence of the appendix in the hernia is an uncommon finding (1%). The bladder is one of the organs that also, infrequently, may be protruding through the inguinal canal. **Case Report:** An 82-year-old man with a major complaint of "groin pain one year ago" reported episodes of pain and bulging in the right inguinal region a year ago, worsening during episodes of coughing or straining. At physical examination, the abdomen was flat, with airflow sounds present, flaccid, depressible, painless to superficial and deep palpation, without visceromegaly, presence of bulging in the right inguinal region, reducible, compatible with right inguinal hernia. Laboratory tests were within the limits of normality. In the operative procedure, the patient underwent inguinoscopy, the hernial sac containing the cecal appendix and the bladder wall were identified. An appendectomy and correction of the hernia were performed from polypropylene mesh fixation by the Lichtenstein technique. He went into hospital until the second postoperative day without complaints about discharge. **Final Considerations:** Both hernia contents found are rare, more frequent in men, in the right iliac fossa and, for the most part, are usually diagnosed at the time of surgery. Amyand hernia connect hernioplasty and appendectomy (routine general surgery procedures), but not least, will always make it an important topic of discussion among surgeons.

KEY-WORDS: Inguinal hernia; Amyand; Appendectomy; Herniorrhaphy.

INTRODUÇÃO

A hérnia de Amyand é caracterizada pela presença do apêndice cecal no interior do saco herniário inguinal, podendo estar ele normal, inflamado, infectado ou perfurado. Dentre os casos de hérnia, a incidência de hérnia de Amyand apresenta variação de 0,9 a 1,7% e torna-se ainda mais rara (0,1%) em casos com apendicite aguda.^{1, 2, 3} A apendicite na hérnia de Amyand ocorre devido à isquemia cecal provocada pela compressão extraluminal causada pelo anel herniário, essa condição pode imitar a apendicite ou a hérnia inguinal complicada.⁴ Claudius Amyand descreveu pela primeira vez, no ano de 1735, um achado de hérnia inguinal contendo um apêndice cecal perfurado, o caso foi observado em um menino de 11 anos de idade.⁵

A decisão diagnóstica final acerca de se realizar cirurgia ou não apresenta empecilhos devido à semiologia complicada. Diante disso, o diagnóstico clínico pré-operatório apresenta um nível de dificuldade exacerbado, sendo necessários métodos de diagnóstico por imagem como a ultrassonografia ou tomografia computadorizada para um direcionamento mais claro.⁶ O apêndice encarcerado ou apendicite, por exemplo, é muitas vezes diagnosticada como uma hérnia estrangulada.⁷ Alguns achados cirúrgicos incomuns podem ser observados durante o procedimento, a exemplo do apêndice cecal contido no saco herniário de maneira total ou parcial, alinhado ou curvo, apresentando inflamação ou não, podendo ainda estar aderido às paredes do saco herniário em alguns casos.

Regularmente, o diagnóstico de Amyand é realizado no intraoperatório e a abordagem ideal de condução cirúrgica ainda é discutível, a literatura não traz uma abordagem ampla sobre o assunto, o que dificulta um consenso sobre a melhor conduta a se tomar frente esses casos.⁷

É imprescindível que cirurgiões estejam capacitados para identificar casos de hérnia de Amyand. Assim, conhecida a importância da segura abordagem a ser tomada, descreve-se um relato de caso de uma hérnia de Amyand inguinal indireta à direita.

RELATO DO CASO

Paciente de sexo masculino, 82 anos, com queixa principal de “dor na virilha há um ano”, relata ocorrência de dores moderadas e abaulamento em região inguinal direita há um ano, com piora durante episódios de tosse ou esforço físico. Hipertenso em tratamento há 20 anos, possui história de estenose de uretra, correção de catarata, uretrotomia e endarterectomia. Ao exame físico, o abdome se apresentava plano, com ruídos hidroaéreos presentes, flácido, depressível, indolor à palpação superficial e profunda, sem visceromegalias, com presença de abaulamento em região inguinal direita, redutível, compatível com hérnia inguinal indireta à direita. Exames laboratoriais se encontravam dentro os limites da normalidade. No ato operatório, o paciente foi submetido à inguinotomia a Davis, identificando-se o saco herniário que, bem aderido à túnica vaginal, encontrava-se lateral aos vasos

epigástricos inferiores e continha apêndice cecal (Figura 1) e a parede da bexiga.

Foi realizada a ligadura e secção do apêndice cecal, restabelecimento da bexiga e correção da hérnia a partir de fixação de tela de polipropileno pela técnica de Lichtenstein. O achado do estudo histopatológico foi compatível com apêndice cecal não inflamatório. Evoluiu em internação até o segundo dia de pós-operatório sem queixas, recebendo alta hospitalar.

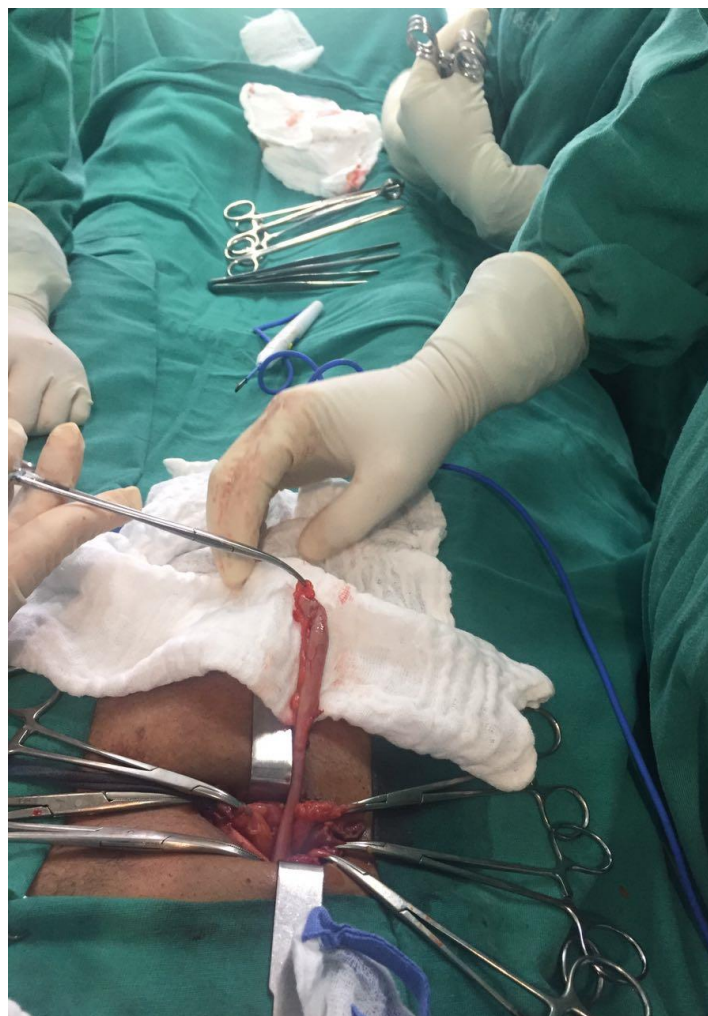


Figura 1. Apêndice cecal no interior do saco herniário.

DISCUSSÃO

As manifestações clínicas da hérnia de Amyand podem ser similares ao quadro de apendicite, como dor epigástrica e/ou periumbilical, que podem irradiar para a fossa ilíaca direita. A dor é caracteristicamente em cólica. Presença de febre, leucocitose e desvio para a esquerda no leucograma não são constantes. Diante de uma hérnia inguinal direita encarcerada essas manifestações tornam o diagnóstico pré-operatório adequado complicado, devido o fator de confundimento com apendicite.⁸

Losanoff e Basson⁹ propuseram uma classificação em 4 tipos de hérnia de Amyand, em que desenvolvem o tratamento para cada tipo de apresentação: Tipo 1: apêndice

normal dentro de uma hérnia inguinal. O tratamento cirúrgico indicado é redução da hérnia, reparo com tela e apendicectomia; Tipo 2: apendicite aguda dentro de uma hérnia inguinal, sem sepse abdominal. O tratamento cirúrgico consiste em apendicectomia através da hérnia e reparo sem tela; Tipo 3: apendicite aguda dentro da hérnia inguinal, sepse presente. O tratamento cirúrgico indicado é laparotomia, apendicectomia e reparo primário da hérnia sem tela; Tipo 4: apendicite aguda dentro de uma hérnia inguinal, relacionado com doença abdominal.

O tratamento cirúrgico para hérnia de Amyand deve ser feito de acordo com os tipos 1 a 3. Em relação à doença abdominal, é essencial investigar a etiologia e só desta maneira determinar o tratamento cirúrgico adequado.⁹ Fernando e Leelaratna, por sua vez, propuseram uma classificação que não associava o tratamento, caindo em desuso¹⁰. No caso apresentado, o saco herniário continha o apêndice cecal normal e sem sinais de inflamação, indo de encontro à ausência de apendicite sugerida pelas manifestações clínicas discretas do paciente no pré-operatório. Assim, a conduta cirúrgica foi condizente com as principais literaturas da área e com a classificação de Losanoff e Basson.

A ultrassonografia abdominal e tomografia computadorizada pré-operatórias são os testes radiológicos mais úteis para o diagnóstico; no entanto, eles não são rotineiramente realizados, sendo a maioria dos casos de hérnia de Amyand diagnosticados no intraoperatório¹¹. Casos de um abdome agudo, por exemplo, poderia levar a solicitação no pré-operatório de uma ecografia ou TC de abdômen, o que poderia permitir o correto diagnóstico antes do ato operatório. O caso apresentado teve como diagnóstico pré-operatório hérnia inguinal indireta direita extensa, durante o procedimento cirúrgico o diagnóstico de Amyand foi realizado. A realização de TC apenas para diagnosticar a hérnia de Amyand é considerada excessiva.

No caso de um apêndice normal encontrado no saco herniário, a realização de apendicectomia profilática não é realizada por todos os autores⁸. Alguns relatam que a apendicectomia aumenta o risco de infecção tanto superficial quanto profunda, essa última podendo contribuir para a recorrência da hérnia. Acrescentam, também, que a manipulação cirúrgica para obter a visualização do apêndice completo amplia o defeito herniário, aumentando a possibilidade de recorrência e enfraquecendo as estruturas anatômicas ao redor do defeito¹². Porém, habitualmente, o tratamento segue os critérios de Losanoff e Basson como exposto anteriormente⁸.

A técnica utilizada na hernioplastia foi a de Lichtenstein, padrão-ouro na cirurgia das hérnias inguinais, permitindo fixação da tela de polipropileno, ausência de tensão na linha de sutura, baixo índice de recidiva e alta hospitalar precoce.

Destarte, a hérnia de Amyand traz à luz a associação da hernioplastia e apendicectomia, procedimentos que são frequentes e muito importantes para a cirurgia geral, neste caso específico com a presença de um componente vesical, mostrando ser um tema sempre entusiástico entre os cirurgiões.

CONCLUSÃO

Conclui-se com este trabalho o quão importante é o correto exame clínico, além de uma conduta acertada, pautada em ditames éticos e protocolos assistenciais.

REFERÊNCIAS

1. House MG, Goldin SB, Chen H: Perforated Amyand's hernia. *South Med J*. 2001 May;94(5): 496-98. PMID: 11372799.
2. D'Alia C, Lo Schiavo MG, Tonante A: Amyand's hernia: case report and review of the literature. *Hernia*. 2003 Jan.;7: 89-91. <https://doi.org/10.1007/s10029-002-0098-5>.
3. Michalinos A, Moris D, Vernadakis S. Amyand's hernia: a review. *Am J Surg*. 2014 June;207(6): 989-995. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2013.07.043>
4. Desai G, Suhani, Pande P, Thomas S. Amyand's hernia: our experience and review of literature. *Arq Bras Cir Dig* 2017 Oct./Dec.;30(4): 287-288. <https://doi.org/10.1590/0102-6720201700040014>.
5. Amyand C. Of an inguinal rupture, with a pin in the appendix caeci incrustrated with stone; and some observations on wounds in the guts. *Philos Trans R Soc Lond*. 1736.
6. Cunha CMQ, Gomes JWF, Neto MFC, et al. Hérnia de Amyand à esquerda: abordagem e propedêutica. *Relatos Casos Cir*. 2018;4(3):e1904. <https://doi.org/10.30928/2527-2039e-20181904>.
7. Ivashchuk G, Cesmebasi A, Sorenson EP, et al. Amyand's hernia: A review. *Med Sci Monit*. 2014 Jan;20: 140-146. <https://doi.org/10.12659/MSM.889873>.
8. Sharma H, Gupta A, Shekhawat NS, et al. Amyand's hernia: a report of 18 consecutive patents over a 15-year period. *Hernia*. 2007;11(1): 31.
9. Losanoff JE, Basson MD. Amyand hernia: What lies beneath—a proposed classification scheme to determine management. *Am Surg*. 2007 Dec;73(12): 1288-1290.
10. Fernando J, Leelaratna S. Amyand's hernia. *Caylon Med J*. 2002 June;47(2).
11. Singal R, Gupta S. "Amyand's Hernia" – Pathophysiology, Role of Investigations and Treatment. *J Clin Med*. 2011 Oct;6(4): 321-327. PMID: 22879848.
12. Milanichi S, Allins AD. Amyand's hernia: history, imaging, and management. *Hernia*. 2008 Jun;12(3): 321-322. <https://doi.org/10.1007/s10029-007-0304-6>.